

نام و نام خانوادگی:		کد ملی: _ _ _ _ _	
نام پدر:		تاریخ تولد: --/--/----	
وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	نام بانک عامل: (جهت واریز وجه)	شماره شناسنامه: _ _ _ _ _	
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	درآمد ماهانه: ----, ----, ----, ---- ریال	شماره شب: _ _ _ _ _ IR	
سهم بیمه گزار: ---- درصد	تلفن همراه: _ ۹ _ _ _ _ _	نسبت با بیمه شده:	
شغل اول:	شغل دوم:	تلفن ثابت (به همراه پیش شماره استان): _ _ _ _ _	
از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نگردد.			
نشانی: کدپستی: ----/-----			
شرح پوشش های بیمه گزار		درخواست پوشش	
معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از از کارافتادگی دائم و کامل بیمه گزار		☐ بله ☐ خیر	
معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از فوت بیمه گزار		☐ بله ☐ خیر	
مستمری ناشی از از کارافتادگی بیمه گزار		☐ بله ☐ خیر	
مستمری ناشی از فوت بیمه گزار		☐ بله ☐ خیر	
مبلغ و شرایط پوشش های بیمه گزار		☐ به علت حادثه ☐ به علت بیماری ☐ به هر علت (عدم اعمال ضریب افزایش حق بیمه سالانه در صورت تحقق از کارافتادگی دائم)	
☐ به علت حادثه ☐ به علت بیماری ☐ به هر علت (عدم اعمال ضریب افزایش حق بیمه سالانه در صورت تحقق فوت)		☐ برابر ☐ ۲ برابر ☐ ۳ برابر ☐ ۴ برابر (حق بیمه سالانه)	
☐ به علت حادثه ☐ به علت بیماری ☐ به هر علت (حق بیمه سالانه)		☐ برابر ☐ ۲ برابر ☐ ۳ برابر ☐ ۴ برابر (حق بیمه سالانه)	
* تنها در صورتی که بیمه گزار و بیمه شده شخص واحدی نباشد، امکان اخذ پوشش معافیت و مستمری در صورت فوت بیمه گزار وجود دارد. * اخذ پوشش مستمری مستلزم اخذ پوشش معافیت می باشد. * چنانچه بیمه گزار قصد انتخاب پوشش معافیت و مستمری "به علت حادثه" و "به علت بیماری" را داشته باشد، می بایست گزینه "به هر علت" انتخاب شود.			
آیا پدر و مادر شما در قید حیات هستند؟ ☐ بله ☐ خیر (لطفا در صورت منفی بودن پاسخ، علت فوت به صورت دقیق و واضح ذکر شود) سن فوت پدر: علت فوت: سن فوت مادر: علت فوت: آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری های قلبی، دیابت، بیماری های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری ها مبتلا بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید. توضیحات:			
قد بیمه شده: --- سانتی متر وزن بیمه شده: --- کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: ☐ عدم تغییر ☐ کاهش ☐ افزایش ----- کیلوگرم آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ: نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: --/--/---- میزان مصرف روزانه: سابقه مصرف: _ _ سال			
آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت منفی بودن پاسخ، آیا مشمول خدمت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت معافیت پزشکی علت آن را به صورت دقیق به همراه ماده و بند معافیت بیان نمایید. (ضمیمه نمودن کپی کارت معافیت الزامی است) توضیحات:			
آیا راکب موتور سیکلت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ترک نشین تعداد روزهای استفاده در هفته: روز			
آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر یا حرفه خاص دیگر انجام می دهید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ: نوع فعالیت: مدت زمان فعالیت در هفته: ساعت نوع وسیله نقلیه (ویژه مسافرت مستمر):			

مشخصات بیمه گزار

مشخصات پوشش های تکمیلی

سوابق خانوادگی بیمه گزار

اطلاعات پزشکی بیمه شده اصلی

ویژه آقایان

بله	خیر	بله	خیر
		بیماری های قلب، عروق، درد قفسه سینه، فشار خون، سکته قلبی، سرگیجه، دیابت، چربی خون یا کلسترول بالا	بیماری های کلیه، مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و ...
		بیماری های تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس به هنگام فعالیت و غیره)	مشکل بینایی و شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
		بیماری های سرطان و غدد داخلی نظیر تیروئید	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از شش ماه
		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی	آیا تا کنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید
		بیماری های عصبی و شوکی، اختلال دوقطبی، افسردگی، تشنج، سکته مغزی و ام اس	آیا به بیماری دیگری مبتلا هستید که ذکر نشده باشد
		بیماری های هورمونی، ریوی، یرقان یا هر بیماری عفونی و داخلی دیگر	آیا در حال حاضر باردار هستید
		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه نموده اید
		بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، تب مالت و ایدز	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق، ابتلا یا سابقه ابتلا به بیماری دیگری غیر از موارد ذکر شده با دقت و جزئیات مناسب موارد زیر را تکمیل نمایید.

نام بیماری/ عمل جراحی: تاریخ شروع بیماری : ---/--/-- نوع داروی مصرفی و میزان مصرف روزانه:
 نام پزشک معالج: تاریخ بستری و یا عمل جراحی: ---/--/-- علت بستری و عمل جراحی:
 وضعیت کنونی بیماری:

آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی هستید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:
 عضو آسیب دیده: میزان آسیب: | علت نقص عضو:

• اینجانب به عنوان بیمه گزار تأیید می نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه زندگی و تشکیل سرمایه ریتم آگاه متصل به شاخص ☐ متصل به واحد ☐ به طور درست و صادقانه تکمیل نموده ام و تقاضای صدور بیمه نامه را دارم.

نام بیمه گزار:	نام عامل فروش:
تاریخ: ---/--/--	تاریخ: ---/--/--
امضاء	امضاء

نظر کارشناس صدور: ☐ نیازمند معاینات و آزمایشات ☐ صدور بیمه نامه با نرخ عادی ☐ غیر قابل صدور ☐ صدور بیمه نامه با اضافه نرخ قد و وزن درصد توضیحات:	نظر پزشک معتمد: ☐ صدور بیمه نامه با نرخ عادی ☐ غیر قابل صدور ☐ صدور بیمه نامه با اضافه نرخ درصد توضیحات:	نظر مدیر فنی: ☐ بدون اضافه نرخ ☐ صدور بیمه نامه با اضافه نرخ درصد توضیحات:
--	--	--